

Anlage 5 „Teilnahmeerklärung Arzt“

zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der AOK Sachsen-Anhalt, der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Cottbus, der IKK gesund plus und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt in der Fassung vom 25.05.2018

Teilnahmeerklärung des Arztes zum Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Doctor-Eisenbart-Ring 2

39120 Magdeburg

Teilnahmeerklärung am Programm Diabetes mellitus Typ 2

1.) Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms informiert worden und habe insbesondere das Arztmanual zur Kenntnis genommen. Die hierbei vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele wurden mir transparent dargelegt.

Am Vertrag zur Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen des Vertrags zwischen der KVSA und der Krankenkasse nehme ich teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Ärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des strukturierten Behandlungsprogramms, dass ich

- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes beachte und
- bei jeder Weitergabe von Patientendaten an Dritte den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung.

Ich bin mit der Aufnahme und Veröffentlichung folgender personenbezogener Angaben in einem von der KVSA geführten Teilnehmerverzeichnis „Teilnehmende Ärzte“ (Anlage 6 des Vertrages) einverstanden:

- Eintritts- und Austrittsdatum
- Lebenslange Arztnummer (LANR)
- Betriebsstättennummer (BSNR)
- Titel, Name, Vorname des Arztes
- Praxistelefonnummer und Praxisanschrift
- Fachgruppe
- Anschrift der jeweiligen Betriebsstätten
- Kennzeichnung meiner Funktionen entsprechend Punkt 6.) „Teilnahmemöglichkeiten“
- Kennzeichnung weiterer Besonderheiten, „1“ = „Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit“

2.) Schulungsberechtigungen. Weiterhin erkläre ich mich einverstanden, dass das Leistungserbringer- bzw. Teilnehmerverzeichnis folgenden Personen gemäß § 8 des Vertrages zur Verfügung gestellt wird:

- dem Bundesversicherungsamt (BVA) bzw. dem Landesprüfdienst
- den teilnehmenden Krankenkassen
- den am Vertrag teilnehmenden Ärzten
- den teilnehmenden Patienten
- bei Bedarf zur Einsicht den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkasse, insbesondere bei Neueinschreibung
- der Datenstelle zur Verwendung im Rahmen der Aufgaben nach § 23 des Vertrages

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit dem Zugang des Widerrufs endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

3.) Mir ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist. Ich kann die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber der KVSA zum Ende des Quartals erklären. Diese Erklärung erfolgt schriftlich. Die Erklärungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. meine Teilnahme an dem Vertrag mit dem Bescheid über das Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVSA ruht.
4. eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Maßnahmen gemäß § 12 zur Folge haben.
5. meine im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erhobenen Daten entsprechend der in der RSAV vorgesehenen Pseudonymisierungs-Regelungen an die Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V, die Gemeinsame Einrichtung, das Evaluationsinstitut, die Krankenkasse und die KVSA weitergeleitet werden.
6. Die Dokumentationsdaten für die Evaluation und für die Qualitätssicherung unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen genutzt werden.

4.) Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß des Vertrages Diabetes mellitus Typ 2 bin ich einverstanden. Ich bevollmächtige die KVSA in meinem Namen, einen Vertrag mit der Datenstelle zur Regelung der folgenden Sachverhalte zu schließen:

1. die von mir im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erstellten Dokumentationen entgegenzunehmen, zu erfassen und auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
2. die fehlenden, unvollständigen oder implausiblen Dokumentationen nachzufordern und
3. die Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen (Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V, Krankenkasse) i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV weiterzuleiten

5.) Ich weiß, dass mir gegen die Datenstelle ein vertraglicher Anspruch auf Durchführung dieser Tätigkeiten zusteht.

6.) Teilnahmemöglichkeiten:

1. Ich möchte als **koordinierender Arzt gemäß § 3** des Vertrages teilnehmen.
- a) Als **Hausarzt** und erfülle die Strukturqualität nach Anlage 1.1
- b) Als **Facharzt** nur im Ausnahmefall und erfülle die Strukturqualität nach **Anlage 1.3**
2. a) Ich möchte als diabetologisch verantwortlicher Arzt gemäß § 4 Abs. 2 des Vertrages teilnehmen und erfülle die Strukturqualität nach Anlage 2.
- b) Ich möchte darüber hinaus auch im Ausnahmefall koordinierend tätig werden.
3. Ich möchte als **Arzt gemäß § 21 Abs. 3** des Vertrages **Schulungsleistungen** erbringen und erkenne die Regelungen des Vertrages an.

Informative Auflistung der vereinbarten Schulungen zum Diabetes mellitus Typ 2:

- Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen
- MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbst-Management für Typ 2)
- Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen
- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen
- Diabetes II im Gespräch
- Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Programm (DTTP)
- LINDA Diabetes-Selbstmanagementschulung
- Diabetes & Verhalten, Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die Insulin spritzen
- DiSko-Schulung (DiSko: wie Diabetiker zum Sport kommen) – nur als Ergänzung zu einem Schulungsprogramm für DM2
- MEDIAS 2 ICT
- SGS (Strukturiertes Geriatrisches Schulungsprogramm)

4. Ich möchte als **Arzt** die Behandlung von Patienten mit **diabetischem Fußsyndrom oder Hochrisikofuß** übernehmen, erfülle die Anforderungen an die Strukturqualität gemäß der Anlage 4 „Strukturqualität qualifizierter Arzt zur Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom oder Hochrisikofuß“ und erkenne die Regelungen des Vertrages an.

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel

(bei angestellten Ärzten ist zusätzlich Unterschrift und Arztstempel des anstellenden Arztes erforderlich!)

LANR

BSNR (Bitte ggf. alle Betriebsstätten angeben, an denen die Leistungen des Vertrages erbracht werden sollen.)